

Qualité de pratique et recertification

Jean-Michel CHABOT
Faculté de médecine - Marseille

Les médecins – qui affectent quelquefois de ne pas vraiment s'en soucier – sont appelés avec une insistance croissante à justifier la qualité de leurs pratiques, ce qui peut susciter des craintes ou des irritations.

Cette tendance forte n'est pas propre à la France. Elle s'observe dans tous les pays qui bénéficient d'un système de soins organisé, et des objectifs de qualité de pratique et de sécurité des soins sont maintenant affichés comme des priorités.

On sait les motivations profondes de cette tendance forte. Elles sont dans une large mesure externes à la profession médicale et se nourrissent à la fois des exigences formulées par les gestionnaires-financeurs (publics ou privés) soucieux de la meilleure utilisation possible des ressources et de celles des citoyens-patients, exerçant désormais un regard incrédule et volontiers critique sur les services rendus par les professionnels de santé.

De leur côté, les médecins sont évidemment attentifs à la qualité de leur pratique, mais l'explicitation de cette attention ne va pas nécessairement de soi.

La question est donc de préparer un cadre permettant à la profession médicale de faire état de la qualité de ses pratiques, et, pour ce qui concerne les politiques d'amélioration des pratiques, deux grandes options sont aujourd'hui en discussion.

La première option, qui bénéficie d'une antériorité certaine, est caractérisée par la mise en œuvre d'un dispositif visant à s'assurer du respect, par chaque médecin sur une période donnée, d'un ensemble de critères apportant des éléments de garantie sur la qualité de la pratique médicale. Au premier rang de ces critères, on trouve – classiquement – les activités d'actualisation des connaissances et

plus largement la formation médicale continue. Une quantification de ces activités a été progressivement élaborée, permettant l'attribution de points (ou de *credits* chez les Anglo-Saxons).

Cette première option a connu deux évolutions sensibles ces 15 dernières années (motivées par l'insuffisance^{1,2} des résultats obtenus). D'abord, la pédagogie de la formation continue s'est déplacée de la transmission des connaissances vers la résolution de problèmes pratiques. Ensuite, la formation continue a été associée à d'autres activités, le cas échéant promues comme critères complémentaires de bonnes pratiques et incluant des dimensions diverses, comme l'obtention de distinctions professionnelles ou scientifiques en cours de carrière, comme la capacité de résoudre des problèmes cliniques simulés (accessibles sur Internet), comme des enquêtes d'opinion auprès d'échantillonnages de malades et de collègues pour chaque médecin, ou encore comme la surveillance des plaintes et des contentieux survenus au cours de l'exercice, jusqu'à éventuellement inclure des visites de pairs, permettant d'évaluer la pratique (et le plus souvent justifiées par la répétition d'incidents ou d'accidents).

Chacune de ces activités, générant de nouveaux *credits* et traduite dans des barèmes complexes, conditionne éventuellement l'obtention d'une recertification professionnelle; le non-respect des critères retenus expose à des sanctions* (en réalité rarement mises en œuvre).

* La question de la sanction, en particulier pour les exercices déviants devrait pourtant être clairement envisagée, avec rigueur, mais de manière distincte des politiques d'amélioration des pratiques, qui relèvent d'une autre logique.

Avec le recul dont on peut bénéficier aujourd'hui, cette première option n'est pas considérée comme une pleine réussite ; essentiellement pour les deux raisons suivantes : – en premier lieu, le respect des différents critères identifiés – et en particulier la pratique régulière d'activités de formation continue – ne garantit pas de manière stable et fiable la qualité de la pratique « en routine sur le terrain » du médecin, avant tout parce que cette qualité de pratique dépend moins du savoir et de la compétence individuels que des conditions d'exercice (contexte et organisation professionnelle ++) de chaque médecin considéré ;

– en second lieu, les dispositifs de formation continue et les éventuels programmes de recertification sont perçus par les médecins comme des procédures autonomes et indépendantes de leur exercice, comme des « objets en soi » constituant leur propre finalité, sans que leur pratique quotidienne en soit durablement modifiée. De surcroît, de tels programmes sont coûteux, éventuellement scolaires et d'une médiocre acceptabilité par les médecins (l'expérience de l'ABIM [American Board of Internal Medicine] est significative sur ce sujet ; v. l'encadré ci-contre).

La seconde option correspond à des initiatives plus récentes, promues principalement par des équipes médicales (bénéficiant d'un soutien logistique) et, le cas échéant, par des managers-financeurs, moins attachés à une approche pédagogique ou une sensibilité académique et davantage inspirés par une préoccupation d'amélioration constante de l'organisation de l'exercice clinique.

Ces initiatives ont comme point commun d'analyser les pratiques en termes de résultats cliniques obtenus avec les malades, ou a minima en termes de conditions de mise en œuvre de protocoles de prise en charge des patients, le cas échéant continuellement réadaptés à la lumière de l'expérience acquise. Elles se traduisent toutes par des programmes de prise en charge de malades, de manière à obtenir des résultats supérieurs à ce qui est habituellement observé. Ces initiatives ne conçoivent pas la formation continue ou même l'évaluation comme des entités autonomisées (ou pire des finalités), mais comme des « séquences » le cas échéant puissamment développées (plus qu'aujourd'hui), mais inscrites dans un programme de soins visant à l'amélioration du service rendu au malade.

Sur la question de la formation continue et des procédures de recertification – que l'ABIM s'efforce inlassablement de peaufiner depuis 1936 (!) –, les travaux de Cassel, Brennan, Landon et Lipner (souvent évoqués dans ces colonnes) font autorité. Et l'on peut sur ce sujet lire avec intérêt l'article ¹ et le commentaire ² parus dans la livraison de juillet d'*Archives of Internal Medicine*.

Le propos était d'analyser les pratiques cliniques de 3 602 *general internists* qui avaient été recertifiés et, simultanément, de rechercher une corrélation entre les scores obtenus par ces médecins à l'examen de recertification et plusieurs indicateurs issus de leur activité clinique. Une corrélation a ainsi été mise en évidence pour la prise en charge des diabétiques et le dépistage par mammographie ; en revanche, cette corrélation n'existait pas pour le bilan lipidique des malades cardiovasculaires.

Bien entendu, l'analyse de tels indicateurs (hémoglobine glyquée, fond d'œil, HDL-cholestérol, etc.) ne permet pas de représenter l'exercice clinique dans toute sa complexité, et il persiste à l'évidence une part insaisissable de la démarche médicale qui fait la qualité d'une prise en charge et continue d'échapper aux méthodes d'évaluation.

1. Holmboe ES, Wang Y, Meehan TP, et al. Association between maintenance of certification examination scores and quality of care for medicare beneficiaries. *Arch Intern Med* 2008;168:1396-403.
2. Landon BE. What do certification examinations tell us about quality? *Arch Intern Med* 2008;168:1365-7.

Concrètement, de tels programmes de bonnes pratiques peuvent être structurés autour de « méthodes » comme, par exemple, les groupes de pairs en médecine générale ou les réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie, ou encore les staffs de morbi-mortalité dans les services hospitaliers, ou plus généralement toute activité clinique qui motive la tenue d'un « registre ». Surtout, de tels programmes n'apparaissent pas comme distincts de l'exercice clinique quotidien ; de ce point de vue, la participation d'un médecin ne se traduit pas, pour lui, par un gain de points au terme duquel il pourrait se considérer exonéré d'une obligation à satisfaire, et en conséquence « libre » de travailler comme il l'entend pendant la période où sa recertification court.

Cette seconde option est en train de démontrer sa bonne acceptabilité, son économie de moyens et surtout son efficacité, au point que les plus avisés des opérateurs, qui jusque-là s'investissaient dans la première option, sont en train d'évoluer pour se rapprocher de la seconde. ■

1. Marinopoulos SS, Dorman T, Ratanawongsa N, et al. Effectiveness of continuing medical education. *Evid Report Technol Assess* 2007;(149):1-69.
2. Fletcher S. Continuing medical education. *BMJ* 2008;a1023.